

Paciente asintomática con mola hidatidiforme parcial, preeclampsia e hipertiroidismo. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Alexandra Acosta-Hurtado, Jorge González-Moreno y Montserrat Gisela Arana-Murillo.

Autor para correspondencia

Alexandra Acosta Hurtado. División de Ginecología y Obstetricia 6o Piso. Hospital Civil de Guadalajara
Dr. Juan I. Menchaca, Salvador Quevedo y Zubietta # 750 Col. Independencia Guadalajara, Jalisco.
MX. CP: 44100 Tel. 36-18-93-62 Ext 1157
Contacto al correo electrónico: aleacostah@hotmail.com

Palabras clave: embarazo molar, mola parcial, preeclampsia, hipertiroidismo.

Keywords: hyperthyroidism, molar pregnancy, partial mole preeclampsia.



Paciente asintomática con mola hidatidiforme parcial, preeclampsia, hipertiroidismo. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Acosta-Hurtado A, González-Moreno J, Arana-Murillo MG.

Resumen

Se reporta un caso de una paciente secundigesta de 25 años de edad, asintomática, con embarazo molar parcial de 15 semanas, que presenta las complicaciones atípicas como preeclampsia (cifras tensionales elevadas $>140/90$ mmHg, proteinuria >300 mg en orina 24 horas) e hipertiroidismo. Se realiza la terminación del embarazo vía vaginal, encontrando en el puerperio franca mejoría del estado de salud.

Palabras clave: embarazo molar, mola parcial, preeclampsia, hipertiroidismo.

Asymptomatic patient diagnosed with partial hydatiform mole, preeclampsia and hyperthyroidism. Case report and literature review

Abstract

We present the case of an asymptomatic 25 year old patient in her second pregnancy diagnosed with an 15 week partial molar pregnancy presenting unusual complications such as preeclampsia (High blood pressure $>140/90$, proteinuria >300 mg in 24 hour urine) and hyperthyroidism. After vaginal delivery of pregnancy, there is a marked improvement in patients state of health.

Key words: hyperthyroidism, molar pregnancy, partial mole preeclampsia.

División de Ginecología y Obstetricia,
Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I.
Menchaca", Guadalajara, Jalisco, MX..

Autor para correspondencia

Alexandra Acosta Hurtado. División de
Ginecología y Obstetricia 6o Piso.
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I.
Menchaca Salvador Quevedo y Zubieta
750 Col. Independencia, Guadalajara,
Jalisco, México. CP: 44100 Tel. 36-18-93-
62 Ext 1157
Contacto al correo electrónico:
aleacostah@hotmail.com

Introducción

La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de trastornos interrelacionados que se originan de un huevo fertilizado con comportamiento biológico que puede ir desde lesiones benignas hasta francamente malignas, según su diferenciación y que tienen en común la proliferación del trofoblasto.^{1,3} La Organización Mundial de la Salud (OMS) dividió la enfermedad trofoblástica gestacional en los siguientes grupos: mola hidatidiforme completa, mola parcial, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio de la placenta, tumores trofoblásticos misceláneos (sitio de placentación exagerada, placa o nódulo del sitio de placentación) y lesiones trofoblásticas inclasificables.² La incidencia de los distintos grupos de la enfermedad trofoblástica gestacional, varía en las distintas partes del mundo, se presenta más en países asiáticos reportándose en 0.6 a 2 casos por 1000 mujeres; 4 por cada 1000 mujeres hispanas y en Estados Unidos ocurre en 1 de cada 600 abortos terapéuticos y en 1 de cada 1500 embarazos. La incidencia promedio de mola completa es de 1 por cada 1000 embarazos, mientras la mola parcial es de 0.005 a 0.001%; sin embargo esta estadística no es tan confiable porque en muchos abortos del primer trimestre se omite el diagnóstico de embarazo molar.^{2,4} La mola hidatidiforme se divide entre parcial y completa, con datos patológicos y clínicos distintos. El cariotipo más común en la mola hidatidiforme parcial es 69 XXX o 69 XXY. Se presentan clínicamente con fondo uterino menor a lo esperado para la edad gestacional, rara vez acompañado de quistes tecaluteínicos y de complicaciones médicas. En menos del 5% de los casos presentan secuelas malignas. Por lo general se presenta con feto, amnios y proliferación trofoblástica focal leve; a diferencia de la mola hidatidiforme completa, donde mencionan complicaciones en 25% de pacientes con crecimiento uterino similar a un embarazo 14-16 semanas, incluyendo anemia, hipertiroidismo, trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo, y coagulopatías, siendo muy rara su presentación en la mola hidatidiforme parcial (MHP).⁴

Objetivo

Realizar énfasis en la investigación de complicaciones que se pueden presentar en pacientes asintomáticas con MHP.

Reporte de caso clínico

Paciente femenino de 25 años de edad, secundigesta con antecedente de aborto previo, cursando un embarazo de 18.2 semanas de gestación (SDG) por fecha de última menstruación (FUM), que acude al servicio de urgencias por presentar dolor tipo cólico leve. Al ingreso cifras tensionales (TA) >140/90 mmHg sin datos de vasoespasmo, a la exploración física, adecuado estado de hidratación, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen globoso a expensas de útero gestante, fondo uterino por debajo de la cicatriz umbilical, no doloroso. A la exploración genital, cavidad eutérmica con cérvix posterior, blando, cerrado, sin sangrado ni pérdidas transvaginales. Extremidades inferiores con edema bimalleolar y tibial, reflejos osteotendinosos normales. Se le solicita USG obstétrico de control

(29/11/11), en donde se reporta feto único longitudinal, sin frecuencia cardíaca fetal, placenta fúndica aumentada de tamaño con imagen en “copos de nieve”, anhidramnios, fetometría 15.6 SDG, probable mola parcial y quistes tecaluteínicos bilaterales (izquierdo de 116x70 mm y derecho de 121x77 mm). Se le solicita muestra de orina, encontrando proteinuria. El Perfil Toxémico (PT): biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, deshidrogenasa láctica, ácido úrico, fosfatasa alcalina, bilirrubinas y proteínas totales se reporta sin alteraciones. Se decide ingreso para resolución del embarazo molar y su estudio, además de control del trastorno hipertensivo, iniciando manejo con Misoprostol 800 µgr vía vaginal, dosis única, esperando expulsión fetal vía vaginal para después realizar legrado uterino instrumental, el cual ocurre sin complicaciones, obteniendo abundantes vesículas y restos ovulares. En el puerperio inmediato la paciente se mantuvo estable, con tensión arterial controlada por normotensor vía oral. Se reportan niveles de Hormona Gonadotropina Coriónica Humana su fracción Beta (βhGC) >1000 mUI/ml, PT sin alteración, EGO con proteinuria y perfil tiroideo alterado, encontrando datos de hipertiroidismo (TSH 0.2 mUI/L, T3-T4 en límites altos). Se realiza radiografía de tórax la cual resulta normal. Se inicia antibiótico terapia profiláctica.

Durante su estancia hospitalaria se realiza cuantificación de proteínas de 24 hrs encontrando 534 mg, con lo que se realiza diagnóstico de preeclampsia.

El reporte histopatológico reporta: feto masculino 14 SDG sin malformaciones congénitas aparentes con placenta monocorial monoamniótica con mola hidatidiforme incompleta.

Debido a la mejoría clínica se egresa con normotensor y anticonceptivo vía oral además de cita a puerperio patológico para seguimiento.

Un mes después, la paciente es valorada en consulta encontrándose asintomática por lo que se retira normotensor. También se reporta perfil tiroideo, perfil toxémico y EGO normales; mientras los niveles de βhGC fueron de 240.62 mUI/ml. Se realizó seguimiento de los niveles de βhGC de manera mensual reportándose niveles secuenciales de 91.98, 32.14, 17.68 y <2.39 mUI/ml (negativo), manteniéndose así durante los siguientes 6 meses.

Discusión

El embarazo molar es en nuestro país una entidad común, es por eso la importancia de conocerlo y proponerlo como un diagnóstico diferencial en pacientes cursando embarazos dentro del primer trimestre.

Las complicaciones pueden ser muchas por lo que el estudio debe ser dirigido, aún y cuando la paciente no presente sintomatología clínica, ya que en menos del 5% de los casos presentan secuelas malignas.⁴ Además de continuar con un seguimiento óptimo por el riesgo de evolución a una neoplasia trofoblástica o de recurrencia para el siguiente embarazo.

Es importante una cuantificación de gonadotropina coriónica fracción β al tener sospecha de la enfermedad, ya

que dependiendo de los valores iniciales al momento del diagnóstico, se puede valorar el riesgo de neoplasia trofoblástica gestacional.

En este caso clínico, no hubo datos que sugirieran la probabilidad de presentar complicaciones, los niveles de hormona gonadotrofina coriónica fracción β no eran tan elevados, además de que la paciente presentó quistes tecaluteínicos, siendo estos también raros en los casos de mola parcial.

Referencias bibliográficas

1. Soper JT. Gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 176-87.
2. Morales GV, Bautista GE, Vázquez SE, Santos PU. Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79 (7): 432-435.
3. Smith HO, Kohorn E, Cole LA. Choriocarcinoma and gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005; 32 (4): 661-84.
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease. ACOG Practice Bulletin No 53. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 1365-77.

Conclusión

En pacientes asintomáticas con diagnóstico de mola hidatidiforme parcial, se deberán investigar siempre datos clínicos y laboratoriales de preeclampsia e hipertiroidismo, para así dar tratamiento temprano evitando repercusiones sistémicas. Además del seguimiento estrecho después del manejo.